



FAX見積りご依頼用紙



| |
|--|
| 住所: |
| 氏名: |
| 電話番号: |
| 品名と個数 |
| 集荷希望日: 月 日 午前 午後 夜間 |
| 汚れ、しみの原因、その他ご要望など |
| 伝票番号 |

上記の太枠内に必要事項を記入してファックスしてください。

有限会社アルスクリーニング

〒790-0811 愛媛県松山市本町五丁目3-3
フリーダイヤル: 0120-51-6180

24時間受付しております。いつでもFAXください。

FAX 089-925-1614